

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 208

L'URTICAIRE COMMUNE

de la

PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Avril 1924

PAR

Anna SIMITCH

née à VRAGNÉ (Yougoslavie) le 22 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

L'URTICAIRE COMMUNE
DE LA PREMIÈRE ENFANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553203_0078

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 208

L'URTICAIRE COMMUNE

de la

PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Avril 1924

PAR

Anna SIMITCH

née à VRAGNÉ (Yougoslavie) le 22 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... **MM. H. HUGOUNENQ.**
Doyen **J. LEPINE.**
Assesseur **ROQUE.**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. AUGAGNEUR, CÆZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.**

PROFESSEURS

Cliniques médicales..... MM. BARD.
Cliniques chirurgicales..... ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophthalmologique..... BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique..... ROLLET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires..... VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... ROCHET.
Chimie biologique et médicale..... NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie..... BRETELIN.
Histologie..... GUIART.
Physiologie..... LATARJET.
Pathologie interne..... POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales..... DOYON.
Anatomie pathologique..... COLLET.
Chirurgie opératoire..... MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... PAVIOT.
Médecine légale..... X.
Hygiène..... ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie..... Etienne MARTIN.
Pharmacologie..... COURMONT (P.).
X.
PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... **MM. VALLAS.**
— — Propédeutique de gynécologie..... **CONDAMIN.**
— — Chimie minérale..... **BARRAL.**
— — Urologie..... **GAYET.**

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique..... **MM. PATEL.**
Orthopédie..... **LAROYENNE.**
Puériculture et hygiène de la première enfance..... **CHATIN.**
Chirurgie expérimentale..... **LERICHE.**
Stomatologie..... **TELLIER.**

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. MOURIQUAND, président ; PIÉRY, assesseur ;

CORDIER V. et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FIANCÉ

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉHU

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est lui qui nous a inspiré ce travail ;
il nous a guidé avec toute l'autorité et
l'amabilité qui lui sont coutumières ;
c'est à ses conseils éclairés et à son iné-
puisable bonté que nous devons d'avoir
pu faire cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOURIQUAND

Professeur à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

L'URTICAIRE COMMUNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Introduction.

Synonymies : Cnidosi (Alibert, de $\kappa\eta\delta\eta$ ortie) ; lichen urticatus ; urticaria papulosa ; miliaria papulosa ; prurigo ortié ; prurigo aigu simplex ; fièvre ortiée.

Strophulus, nom donné par Bateman ; étymologie : diminutif du latin *strophulus*, bandelette.

Prurigo strophulus ; strophulus simplex (Hardy).

Jusqu'à ces vingt dernières années, la tendance générale était de séparer l'urticaire et le strophulus. On les décrivit dans des chapitres spéciaux, en se basant sur des différences d'ordre morphologique plutôt que d'ordre étiologique. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs tendent à les réunir dans un même chapitre nosographique. Les limites séparatives sont bien fragiles, bien minces. Le terme de *strophulus* s'applique de préférence aux éruptions circonscrites du volume d'un pois, avec vésicule centrale assez régulièrement circulaire, donnant, au doigt, la sensation de tension, le cercle rouge qui l'environne étant peu étendu. Sous cet aspect, l'élément éruptif peut être, dans une certaine mesure, rapproché de la vésicule varicellique.

La papule urticarienne est beaucoup plus irrégulière et de plus vaste étendue. Mais ce ne sont au total que des différences minimales.

D'autre part, on peut observer sur le même sujet des papules urticariennes typiques et des éléments de strophulus. Une distinction radicale ne saurait donc être maintenue entre ces deux dermatoses.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

1° La première description complète objective de l'urticaire a été faite par le dermatologiste anglais Willan. Un de ses élèves, Bateman (1820), étudie plus complètement que Willan le strophulus, l'urticaire et le lichen urticatus, maladies qu'il envisage dans trois chapitres distincts. Il dit que « l'urticaire est une affection papuleuse, particulière aux enfants à la mamelle ; cette maladie se manifeste à cause de l'état très prononcé du système vasculaire et de l'irritabilité de la peau à cette époque de la vie, lorsque la constitution de la peau est accidentellement dérangée par une irritation soit dans le canal alimentaire, soit dans d'autres parties. »

Quelques années plus tard, Alibert (1832) en fournit lui aussi une bonne description morphologique ;

on relève cette phrase intéressante, au point de vue du mécanisme de la maladie : « On croit, du reste, que, dans certaines circonstances, *le mauvais état du foie peut donner lieu au développement du cni-dosis* et que le défaut de l'action de la bile peut jouer un grand rôle dans la production de ce phénomène morbide. »

Il nous paraît inutile d'insister longuement sur les études faites au sujet de l'urticaire, par divers dermatologistes : Bazin (1865), Hardy (1886). Ce dernier auteur incrimine, dans la pathogénie de l'infection, le rôle d'une altération hépatique. Quant à sa nature exacte, il incline à penser que « l'urticaire paraît devoir être rapprochée des maladies du système nerveux, particulièrement des névroses, s'expliquant par action momentanée des nerfs vâsomoteurs ».

Ulérieurement, dans les dernières années du XIX^e siècle et jusqu'à nos jours, il a été publié peu de mémoires à ce sujet. Toutefois, nous devons mentionner tout particulièrement un travail exécuté par Mlle Le Scornet, sous l'inspiration de M. Marfan, et qui renferme des suggestions intéressantes. Cet auteur énumère avec détails les caractères objectifs du prurigo strophulus : elle mentionne que *l'élément éruptif du strophulus est une papule de prurigo durable, se développant sur une plaque d'urticaire éphémère*. Elle signale que la maladie est surtout fréquente de 1 à 3 ans, et qu'elle disparaît en général vers 4 ans. « Il est certain, dit-elle, que cette maladie ne se montre guère que chez les enfants prédisposés par une constitution spéciale. »

Au cours de ces dernières années, nombreuses ont été les descriptions relatives à l'aspect extérieur, à la morphologie de l'urticaire. Parmi celles qui fournissent sur le caractère ordinaire évolutif de la maladie les meilleurs renseignements, nous citerons les articles didactiques de MM. Darier (1918), Comby (1920), Variot (1921), Feer, Haliez (1922). Ce dernier auteur étudie avec détails la physiologie pathologique de l'affection et lui assigne une pathogénie complexe : *formation dans l'organisme d'une substance anormale, issue d'une élaboration défectueuse des protéines alimentaires, ou encore d'un métabolisme anormal de l'albumine des tissus* ; la mise en circulation de cette ou de ces substances serait liée au trouble de la fonction protéopexique, sur l'importance de laquelle M. Vidal a appelé l'attention et qui consiste à fixer les protéides de désintégration absorbées par l'intestin.

2° Depuis environ quinze années, les notions relatives à la pathogénie de l'urticaire ont évolué d'intéressante façon. Grâce aux expériences de Portier et Richet (1902), puis Arthus (1903), la notion d'anaphylaxie a pénétré en pathologie ; quelque temps après, les intéressantes études de V. Hutinel ont montré que cette notion peut être transportée en pathologie infantile et appliquée à certains états morbides, dans le mécanisme desquels on est en droit d'invoquer le rôle de la sensibilisation.

A propos de ce terme de sensibilisation, il convient de faire observer que les auteurs ne sont pas entière-

ment d'accord. Quelques-uns parlent de sensibilisation, d'hypersensibilité ; d'autres emploient le terme déjà ancien d'idiosyncrasie. Dans le livre de V. Pirquet (1910), on trouve décrit, sous le titre d'allergie, des cas très différents les uns des autres : parmi eux est placée l'urticaire. V. Pirquet les considère tous comme l'expression d'un changement de l'organisme, sans qu'on puisse conclure plus catégoriquement.

Bientôt, de divers côtés, on s'accorda pour placer l'urticaire dans le domaine de l'anaphylaxie. Alors furent étudiés les états observés en médecine infantile : anaphylaxie au lait, aux œufs, anaphylaxie alimentaire considérée en général (V. Hutinel, H. Barbier, Lesné et Ch. Richet fils, Péhu et Bertoye, etc.). Tout récemment, on a cherché si, dans la pathogénie d'un bon nombre de dermatoses, le rôle de la sensibilisation ne pourrait être considéré comme prépondérant (Ravaut, L. Spillmann).

Au cours de ces dernières années également, on a cherché, par diverses méthodes, à préciser la nature exacte des antigènes soupçonnés comme facteurs du trouble cutané. A la recherche de cette détermination sont attachés les noms de divers auteurs étrangers, en particulier les auteurs américains ; leurs travaux seront cités et analysés dans un autre chapitre ; ils émettent des vues intéressantes dans le domaine du diagnostic.

3° En même temps qu'on effectuait les tentatives de rattachement de certaines dermatoses à l'anaphylaxie, on s'est préoccupé de combattre ces maladies

par les moyens habituellement notés en pareille occurrence. Des travaux ingénieux et suggestifs de MM. Joltrain, Pagniez et Pasteur Vallery Radot (1920) sont sorties des notions d'une réelle valeur pour le traitement des dermatoses, et en particulier de l'urticaire. Les connaissances de cette dernière maladie ont donc grandement bénéficié de recherches convergentes : ces recherches visant l'étiologie, la physiologie pathologique et la thérapeutique de l'urticaire.

*
* *

Dans cette étude, notre intention est de tracer l'histoire générale de l'urticaire de la première enfance ; une série importante d'observations cliniques longtemps suivies nous a été communiquée par M. le Docteur Péhu. Grâce à ces documents, nous allons essayer de mettre en évidence l'évolution générale, dans le temps, de l'urticaire infantile, ses relations immédiates ou éloignées, avec certains syndromes digestifs (particulièrement hépatiques), cutanés ou respiratoires. En second lieu, nous voulons essayer de ranger l'urticaire dans le groupe des maladies rattachées à l'anaphylaxie. Nous désirons, enfin, à propos de cette affection, étudier une médication susceptible, dans des cas nombreux, de rendre des services : la peptonothérapie prépancristique par voie gastrique.

On ne trouvera pas, dans ce travail, le détail des observations cliniques, trop nombreuses, pour qu'elles y figurent. La rédaction du grand chapitre consacré à l'étude clinique générale de l'urticaire a été faite grâce à ces documents cliniques. Mais il ne nous a pas paru nécessaire de publier in extenso les observations elles-mêmes.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'urticaire de la première enfance se présente à l'observateur avec une très grande fréquence. On la relève surtout dans la clientèle privée, plutôt que dans la clientèle hospitalière. Peut-être, cela tient-il à ce que la première est plus attentive que la seconde à observer les éruptions souvent limitées, fugaces et paraissant peu graves. Mais, sans doute, la rareté de l'urticaire dans la population hospitalière tient à des raisons qui seront exposées ultérieurement.

Elle est exceptionnelle dans les premières semaines de la vie ; elle commence vers l'âge de 4 à 6 mois ; elle apparaît souvent vers 18 mois ou même plus tard, lorsque la deuxième année est révolue.

Fréquemment, on relève, dans les antécédents du sujet, le caractère familial de cette dermatose : plusieurs frères ou sœurs du petit malade sont atteints, ce qui tient, d'une part, à la banalité avec laquelle

cette affection survient ; d'autre part, aux conditions générales de « tempérament » dans lesquelles on l'observe d'ordinaire. Car il est indiscutable que souvent on note par l'interrogatoire la présence chez les ascendants de troubles digestifs, rattachés à une insuffisance hépatique, dans le sens large de cette expression ; des intolérances momentanées ou permanentes, vis-à-vis d'un aliment déterminé ; de l'eczéma, de l'urticaire ou de l'asthme ; c'est-à-dire ces diverses maladies, naguère encore rattachées à l'arthritisme, au neuro-arthritisme, aux diathèses et que, actuellement — peut-être seule la dénomination est-elle changée — on place dans le cadre général de l'anaphylaxie.

Toutefois, cette étiologie n'est pas constante ; elle peut manquer : le sujet lui-même est le premier ou l'unique dans une famille.

Pour expliquer cette apparition, si fréquente, de l'urticaire strophulus dans la première enfance, on a dès longtemps invoqué ce facteur, qu'on retrouve d'ailleurs à chaque instant dans la pathologie du nourrisson : éruptions dentaires. Or, scientifiquement, en aucune façon, la preuve de cette influence n'a été « administrée ». Tout porte à croire, au contraire, que la dentition ne joue aucun rôle. D'une part, il n'y a aucune dépendance directe entre l'éruption dentaire et les poussées successives de l'urticaire : l'apparition de cette dernière est parfois répétée à quelques jours d'intervalle, en sorte que l'on ne peut relever aucune coïncidence réelle avec le travail de la dentition. D'autre part, la période de l'éruption dentaire ter-

minée, c'est-à-dire après deux ans et demi ou trois ans, cependant, l'urticaire persiste. En conséquence, il convient de rejeter du chapitre de l'étiologie cette prétendue cause ; elle n'intervient pas dans la genèse de l'affection.

Au contraire, le facteur de l'urticaire doit être directement cherché dans les aliments. En première ligne, pour produire l'urticaire, doivent être incriminés : le lait et les œufs.

Le lait lui-même peut, sous des formes diverses, amener des perturbations : le plus souvent, il faut incriminer les laits animaux, particulièrement le lait de vache, dont on use largement dans l'alimentation commune du nourrisson ; car les laits d'ânesse et de chèvre, du moins dans nos régions, sont peu employés. Le lait de femme est exceptionnellement incriminé. Cependant, on peut noter quelques observations d'enfants nourris par du lait féminin (mère ou nourrice), chez qui, indubitablement, cet aliment amène des poussées urticariennes. Au lait lui-même, d'une façon générale, le nourrisson peut être primitivement ou secondairement sensible ; à la première de ces modalités conviendra le nom d'idiosyncrasie ; à la seconde, celui de sensibilisation.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire longuement les manifestations de l'anaphylaxie majeure ou mineure. Il faut retenir que souvent, au nombre des symptômes qui la traduisent, on peut compter l'urticaire. Le lait naturel est souvent le facteur de ces désordres. Mais on peut également incriminer les laits modifiés : lait sec, lait concentré, réduit, etc. Le babeurre joue

un rôle plus effacé ; il en est de même des dérivés du lait : beurre et fromage. Toutefois, cette règle n'est pas absolue, parce qu'en pareil cas seules la caséine ou les albumines du lait doivent être incriminées. Il est nécessaire de faire porter l'interrogatoire avec minutie sur la composition même de la nourriture, pour relever si un dérivé, en apparence inoffensif, du lait ne saurait être incriminé dans la genèse de l'urticaire.

Plus important encore est le rôle joué par les œufs. Lorsqu'on réunit avec soin des observations prises dans la clientèle privée, on s'aperçoit combien fréquente est l'apparition de l'urticaire produite par cet aliment. Souvent, cette intolérance est primitive ; elle se manifeste dès la première ingestion. Dans le groupe des faits d'hypersensibilité, l'intolérance aux œufs occupe la première place. L'œuf peut produire l'urticaire, quand il est donné en nature, sous les préparations culinaires habituelles. Le blanc est parfois le seul élément nocif ; ou bien c'est le jaune. A cet égard, des différences existent certainement ; on n'en a pas fourni la raison exacte. Même incorporé à d'autres aliments, l'œuf peut être nuisible : sous la forme de crème, de gâteaux, de pâtisseries, dans des sauces. Souvent, l'intolérance se manifeste dès la première ingestion, au bout de quatre à cinq heures, dans l'après-midi qui suit un repas pris le matin ; dans certains cas, elle est immédiate et se traduit par la formation des papules urticariennes, au bout de quelques minutes. ; ou bien les troubles se montrent le lendemain ; nous en reparlerons ultérieurement. En général, il est plutôt exceptionnel que les manifesta-

tions apparaissent dans un délai dépassant vingt-quatre heures. Mais il se peut que, tout d'abord, cet aliment soit bien toléré ; puis, au bout de quatre ou cinq jours, les désordres apparaissent. Ils se montrent avec d'autant plus de facilité que le nombre des œufs donnés est plus grand : la suralimentation est fréquemment (non toujours) à la base de quelques manifestations urticariennes.

Une certaine indépendance existe entre l'intolérance aux œufs et l'intolérance au lait ; la première, nous le répétons, étant beaucoup plus fréquente que la seconde. Tel nourrisson supportant bien le lait, ne tolère pas les œufs, et inversement. Toutefois, il n'est pas rare de constater, au moins à partir du douzième ou du quinzième mois, une intolérance modérée parallèle pour ces deux aliments.

L'urticaire survient d'habitude lorsque l'œuf a été introduit dans l'organisme par voie gastrique. Cependant, les manifestations urticariennes sont observées, lorsque l'œuf a pénétré par voie rectale, dans un lavement alimentaire.

En dehors du lait et des œufs, du moins dans la première enfance, peu d'aliments doivent être considérés comme des antigènes. Le rôle de la viande, du poisson frais, même du poisson de mer, est à peu près nul. Seul le poisson de conserve est parfois incriminé, peut-être à cause de l'huile qu'il contient. En sa qualité de matière grasse, l'huile est mal supportée. Dans quelques cas, l'interrogatoire relève l'intervention insoupçonnée, inattendue, d'un aliment déterminé, par exemple, le chocolat. Nous en avons observé des

exemples. Il est remarquable de constater d'ailleurs que cet aliment était incriminé dans la genèse de certaines manifestations rattachées à l'anaphylaxie : en particulier migraine et même épilepsie.

Enfin, il n'est pas rare de tirer de l'interrogatoire cette notion que, proprement, aucune substance, aucun aliment ne peuvent être incriminés ; chez certains nourrissons, la suppression du lait, des œufs, d'autres aliments encore n'amène aucun résultat sur l'apparition de l'urticaire, laquelle affecte alors une allure particulièrement sévère, tenace, récidivante, incommodant à tout heure du jour et surtout de la nuit, le patient. Il est vraisemblable que, dans ces cas, sans symptômes apparents, intervient une perturbation de l'acte digestif lui-même, ne prédominant pas sur telle ou telle substance alimentaire : que la perturbation soit due à un mauvais fonctionnement des sucs digestifs, de la cellule hépatique ou du système nerveux organo-végétatif, question encore obscure, sur laquelle, au chapitre de la pathogénie, nous essayerons d'émettre quelques hypothèses.

Dans ces groupes si différents, caractérisés par une intolérance digestive plus ou moins accusée, permanente ou non, il est probable qu'un important facteur intervient : la prédisposition. Mais en qui consiste-t-elle ? Quel est son substratum cellulaire ou nerveux ? Nous ne le savons pas. Les mots employés couramment, de prédisposition, de tempérament, de diathèse, ont une signification clinique ; mais ils ne nous éclairent pas sur la nature intime des phénomènes qu'ils servent à désigner.

CHAPITRE III

Etude clinique.

§ I. — **Exposé d'ensemble.**

L'urticaire apparaît rarement dans le premier mois de la vie. Si elle se montre tôt, vers le quatrième ou le sixième mois, par exemple, l'urticaire revêt, en général, une intensité et une continuité particulières ; c'est-à-dire qu'elle est tenace, qu'elle récidive à quelques semaines d'intervalle. On observe même des cas dans lesquels l'éruption demeure en permanence à l'état aigu chez le petit patient, ne lui permettant aucun repos, amenant de l'agitation, de l'insomnie, et créant chez lui un véritable état nerveux. L'observation de ces cas à apparition précoce est fort instructive, car elle permet de fixer avec précision la cause de l'urticaire. La nourriture de l'enfant ne consiste que dans le lait ; il est donc plausible d'admettre que l'usage de cet aliment doit être incriminé. En général,

l'urticaire apparaît vers l'âge de 12 à 15 mois ; c'est ce qui ressort des observations que nous avons recueillies.

Les circonstances dans lesquelles l'éruption est notée sont variables. Souvent, l'urticaire se montre inopinément, sans que rien ne puisse la prévoir, sans que l'acte digestif soit changé. D'autres fois, il existe des signes d'ordre général, témoignant que l'éruption est proche. Certaines mères attentives observent que, pendant plusieurs nuits, l'enfant est grognon, dort mal, se gratte sur tout le corps ; ou bien, pendant les quelques jours qui précèdent l'éruption, les selles sont moins liées, mal odorantes, décolorées.

D'autres fois, il est indiscutable qu'il existe une relation entre un aliment et l'éruption elle-même. C'est le cas, d'ailleurs assez fréquent, des œufs, qu'ils soient administrés sous la forme de blancs, de jaunes, de pâtisseries, de flans. Il n'est pas indispensable que des quantités considérables de cet aliment soient données ; des parcelles peuvent suffire. C'est encore le cas du lait et de ses dérivés, en particulier du fromage.

A leur début, les éléments éruptifs sont caractérisés par une élevation, d'une coloration rouge, tirant un peu sur le sucre d'orge, quelquefois rosée, fleur de pêcher. La hauteur de la saillie est variable ; on peut cependant l'estimer à un demi-centimètre. Les bords de cet élément sont, en général, mal délimités, de coloration blanchâtre, méllicérique, à contenu séreux, peu abondant : c'est la papule ortiée typique. Quelques-unes de ces vésicules peuvent être ombiliquées,

comme une vésicule varicellique en miniature ; toutefois, les vésicules de strophulus urticaire ne sont pas saillantes, régulièrement hémisphériques, comme les vésicules caractéristiques de la varicelle. La partie centrale est, en général, peu saillante. Dans certaines régions du corps, cependant, elles peuvent présenter un relief considérable. Par exemple à la plante des pieds et à la paume des mains. Sur ces deux régions, peut-être en raison de l'épaisseur plus grande de la couche épidermique, on note la présence de bulles véritables, saillantes, de forme régulièrement hémisphérique, tendues, du volume d'un demi-pois. Il est même des cas où les éléments éruptifs revêtent un aspect pemphigoïde ; leur contenu est séro-sanguinolent ou violacé : on dirait une brûlure au deuxième degré. La pression exercée sur eux est plus douloureuse qu'en d'autres points du corps. Mais il est assez exceptionnel d'observer des boutons se produisant avec cette intensité et avec cet aspect particulier. Un peu plus tard, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la teinte générale de l'élément s'atténue ; les bords s'estompent ; la saillie diminue. La coloration rouge, ou sucre d'orge, ou fleur de pêcher, fait place à une teinte bistre, sépia, marron un peu pâle, qui s'efface progressivement. Quelques boutons sont remplacés par des élevures acuminées, circulaires, granulées ; ils présentent simplement de petites crouelles, de coloration également marron clair, de consistance sèche, cornée. A cette période, l'élément éruptif offre une certaine analogie avec la varicelle, lorsque la vésicule de celle-ci étant disparue, on constate

à sa place une croûte brune, sanguinolente. Mais là encore existe une dissemblance entre la varicelle et l'urticaire infantile. On sait, en effet, que la varicelle laisse souvent après elle, pendant un temps relativement long, quelques semaines et même davantage, une cicatrice ovalaire, déprimée, blanchâtre, alors que la partie environnante est hyperpigmentée. M. Marfan a très minutieusement décrit cet aspect, et pratiquement, il arrive maintes fois que l'on peut, par la seule constatation de cette cicatrice, établir rétrospectivement que la varicelle a existé chez le sujet. Dans l'urticaire, il n'en va pas de même ; après sa phase aiguë, l'urticaire disparaît vite et, au bout de deux à trois semaines, il n'en subsiste aucune trace.

Au surplus, les papules ou vésicules de l'urticaire ne sont pas toutes identiques ; dans une même poussée, on en constate toujours d'âge différent. Quelques-unes naissent sous les yeux de l'observateur, tandis que les autres sont notoirement en déclin. Tout dépend de la longueur de l'éruption, des poussées successives qu'elle présente. Il arrive fréquemment par exemple que, vers le troisième ou le cinquième jour d'une crise urticarienne, on note un polymorphisme accusé. En certains points, des papules sont très récentes, remontant à quelques heures ; elles sont d'un rouge franc, un peu cuivré ou fleur de pêcher ; elles font une saillie notable ; en cherchant avec soin, très tôt, on note la présence d'une petite vésicule centrale ou excentrée, visible parfois seulement à la loupe. D'autres boutons plus anciens sont isolés, un peu saillants, hémisphériques, du volume d'un pois, durs au

toucher, non entourés d'une papule ; enfin, et dans ce même examen, on note l'existence de boutons peu ou pas enflammés, avec une calotte cornée, cette dernière de consistance rêche.

L'urticaire amène des démangeaisons, mais leur intensité est très variable ; parfois, il s'agit d'un prurit intense, permanent, très pénible, persistant pendant plusieurs fois vingt-quatre heures. Pendant le jour, la démangeaison est supportable, mais, durant la nuit, peut-être sous l'influence de la chaleur du lit, elle devient plus intense, troublant et empêchant le sommeil. En général, le prurit est surtout marqué au début même de la poussée éruptive ou, plus exactement, le prurit précède l'apparition de la papule ortiée. On en a la certitude, parce qu'il est fréquemment donné à l'observateur de constater, sous ses yeux même, la production de l'élément éruptif. Lorsque l'enfant est présenté au médecin pendant la « crise », on note que, sur certains points de la peau rigoureusement saine, s'exerce un grattage d'une durée courte : en quelques secondes, l'élément éruptif est constitué. On assiste à la formation d'une élevure rouge, irrégulière, puis rapidement dans le centre de celle-ci, on note la présence d'une vésicule résultant sans doute de la transsudation d'une quantité variable de sérosité.

*
* *

L'éruption urticarienne est disséminée sur tout le corps ; elle affecte cependant une prédilection pour

certaines régions : par exemple, le tronc, la région lombaire, les membres supérieurs ou inférieurs. Souvent, lorsqu'il en existe un nombre restreint sur le corps, la plante du pied en présente ; en l'examinant, on trouve une ou des petites vésicules peu saillantes, entourées ou non d'une zone inflammatoire qui rappelle d'assez loin la vésicule varicellique. Souvent, la présence de cette vésicule sur la plante du pied sert à authentifier une urticaire dont les éléments sur d'autres points du corps sont peu étendus, effacés, mal caractérisés. Particularité inattendue : *tandis que la plante du pied présente souvent une ou des vésicules urticariennes, la paume des mains reste indemne*. La face, le cuir chevelu sont peu frappés. Toutefois, la présence de papules sur le visage ne doit pas être considérée comme exceptionnelle.

Où qu'ils siègent, les éléments éruptifs sont groupés entre eux, à une petite distance de quelques centimètres, en placards. Mais, considérés dans une moitié du corps par rapport à celle du côté opposé, ils n'offrent aucune symétrie, aucune topographie paraissant commandée par la vascularisation ou par l'innervation d'une région déterminée. Nulle loi ne préside à leur extension.

Il est remarquable de constater que, au cours de l'urticaire infantile, les muqueuses sont rarement frappées. Parfois cependant, on observe en même temps que les éléments éruptifs, sur la muqueuse des lèvres, une tuméfaction plus ou moins accusée, qui succède, au bout de quelques minutes, à l'absorption d'un aliment ; cette sorte d'intolérance ou d'hyper-

sensibilité locale, est souvent observée vis-à-vis des œufs. L'administration d'œufs, même sous une forme indirecte, de flans, de crèmes renversées, peut amener, au bout de quelques minutes, un œdème labial accusé : nous en avons observé quelques exemples.

Mais, en général, les muqueuses buccales, oculaires, nasales, sont épargnées. L'éruption n'intéresse que la peau.

Il convient de signaler la coïncidence possible de l'urticaire avec un œdème plus ou moins accentué de la face, et particulièrement, dans celle-ci, des paupières, de la région sous-narinaire, de la lèvre supérieure : les mères signalent que leur enfant est gêné dans la vision, qu'il doit, pour mieux voir, relever les paupières supérieures, en même temps qu'il présente un véritable « museau ». Toutefois, en regard de la fréquence avec laquelle se produit l'urticaire, l'œdème facial, palpébral ou sous-narinaire est plutôt rare. Nous exprimons une réserve au sujet de l'apparition de manifestations asthmatiques, peut-être liées à de l'œdème des muqueuses respiratoires : ces manifestations ont parfois avec l'urticaire une interdépendance que nous présenterons dans la suite.

L'urticaire du premier âge, même généralisé, intense, présente cette particularité assez inattendue que, le plus souvent, elle ne donne pas lieu à des infections secondaires ; le grattage par les doigts sales de l'enfant n'engendre pas de pyodermites, d'abcès cutanés, d'impétigo, que l'on note si souvent à la suite des excoriations, des plaies superficielles, des coupures et du prurit d'origine parasitaire. La

règle n'est pas constante. Mais sur un grand nombre d'urticaires infantiles, peu d'entre elles sont ainsi compliquées d'une petite septicémie cutanée sur place ou à distance. De même, les placards urticariens disparaissent de la façon que nous avons indiquée : ils ne présentent pas d'eczématisation. Parfois, on note l'existence d'un peu de lichénification ; mais celle-ci est, en général, assez limitée, peu profonde, non invétérée.

L'urticaire est sujette à des récidives. Rien n'est plus variable que la fréquence avec laquelle les crises reparaissent. Aucune règle précise ne semble y présider, ou du moins aucune coïncidence ne peut être relevée. Certains enfants présentent quelques poussées, séparées entre elles par un intervalle de plusieurs mois ; puis, à partir de 3 ans, ils n'y sont plus sujets. Chez d'autres, les poussées, ayant commencé vers l'âge de 12 à 15 mois, se reproduisent à peu près régulièrement toutes les trois ou quatre semaines, pendant un temps assez long, surtout si la maladie est abandonnée à elle-même et si l'on n'essaye point une modification dans le diététique ou une médication spéciale. D'autres nourrissons présentent parfois de l'urticaire ayant débuté vers l'âge de six mois, et qui ne cesse pas, ne laissant aucun intervalle libre, rendant à ces enfants la vie très pénible par les démangeaisons et les insomnies qu'elle engendre.

Peu à peu, d'ailleurs, la fréquence et l'intensité des crises s'atténuent. Toutes deux sont influencées par des changements apportés dans l'alimentation, par la

thérapeutique mise en œuvre. Mais, indépendamment de ces facteurs, par elle-même, la maladie s'atténue à ce point que souvent, vers l'âge de 3 ans, elle disparaît. Les cas sont beaucoup plus fréquemment observés dans la première enfance, de 6 mois à 3 ans, que plus tard. Cela ne signifie pas qu'à partir de l'âge de 3 ans, l'urticaire soit exceptionnelle. Mais elle ne se produit plus avec la même fréquence. Il est exceptionnel de la noter avec ses caractères si particuliers à partir de la dixième année.

§ II. — Les divers syndromes ; les groupements symptomatiques.

Telle est l'évolution de l'élément éruptif considéré en lui-même, d'un point de vue seulement objectif. Mais la dermatose ne se présente pas à l'observateur dans des conditions toujours identiques ; il en résulte des groupements symptomatiques un peu différents.

1. *L'urticaire de cause digestive.* — La variété commune est représentée par l'urticaire survenant dans la première année de la vie, en général entre 6 et 15 mois, par « crises » se manifestant avec une certaine périodicité durant quelques jours ; elle s'accompagne de troubles digestifs peu apparents, qu'il faut chercher, mais qu'on arrive cependant à déceler : selles mal liées, malodorantes, blanchâtres, mastic ; constipation souvent tenace, sinon opiniâtre, varia-

tion du poids corporel. L'urticaire doit être alors considérée comme la traduction d'un état dyspeptique de moyenne intensité. La seule particularité qu'imprime à la maladie l'âge tendre du sujet consiste dans la répétition des crises urticariennes, l'abondance et la généralisation de l'urticaire, qu'on ne retrouve pas plus tard dans la vie infantile.

2. *L'urticaire de cause alimentaire.* — Une deuxième variété est beaucoup plus rare : elle est représentée par l'urticaire caractérisant un état anaphylactique, une hypersensibilité constitutionnelle ou acquise vis-à-vis d'aliments déterminés : les œufs et le lait. Les exemples ne sont pas d'une fréquence extrême, comparativement au nombre d'enfants nourris par ces deux substances. Si l'on est tenté de considérer que ces cas sont assez fréquemment observés, il faut apporter cette réserve que les observations exceptionnelles sont citées pour leur rareté même, et il serait peu scientifique de leur assigner une portée trop considérable.

Les exemples sont cependant assez communs. L'administration des œufs, sous différentes formes, à des nourrissons, vers le douzième mois, amène souvent, et dans un délai court, une éruption urticarienne. Toutes les tentatives sont suivies des mêmes résultats ; on est conduit à abandonner, pour un temps assez long, l'usage de cet aliment, car l'intolérance est absolue. Et pour apporter un argument décisif en faveur de cette opinion, que seul l'aliment doit être incriminé, on relève que la substance nocive écartée,

aucune éruption n'apparaît. La preuve « cruciale » est ainsi fournie. Au surplus, parfois, l'éruption urticarienne est accompagnée de manifestations dont le développement est rapide, l'allure sévère et grave et même impressionnante : manifestations d'ordre toxique, consistant dans des vomissements accentués, de la diarrhée profuse, des signes de collapsus. En pareil cas, le même tableau est fourni par les deux aliments d'un usage courant : les œufs et le lait, comme si chacun d'eux renfermait une substance, vraisemblablement une protéine, susceptible de déclancher le tableau de l'anaphylaxie aiguë. Cette deuxième variété peut être considérée comme une urticaire de cause élective.

3. *Les urticaires dites essentielles.* — Enfin, dans certains cas, à l'origine même de la dermatose, on ne peut placer aucune étiologie précise. Le nourrisson ou l'enfant qui en est porteur n'a aucun trouble digestif apparent, aucune hypersensibilité. On est tenté de désigner ces cas sous le nom d'urticaires essentielles. Mais des observations ultérieures montrent souvent que la dermatose n'est que le témoignage avant-coureur de troubles susceptibles d'apparaître plus tard et qui ressortissent d'une variété d'insuffisance hépatique.

4. *L'urticaire pigmentaire.* — Nous ne consacrerons pas à l'urticaire pigmentaire une longue description. Cette maladie est bien peu fréquente en regard de la banalité avec laquelle survient l'urticaire commune ;

elle apparaît, en général, dans les premiers mois de la vie, avec un maximum vers 12 mois ; elle persiste souvent jusqu'à 8 ou 10 ans. Mais, dans le cours de la deuxième année, les plaques commencent à pâlir. La maladie débute par le tronc, sous la forme de plaques disséminées qui, rapidement, deviennent des papules un peu saillantes, puis se pigmentent en beige, café au lait. Elles donnent à la peau un aspect de peau de léopard ; elles subsistent ainsi pendant plusieurs années, sans présenter de changements notables. La maladie n'influe pas sur la santé générale et semble liée à une altération purement cutanée. C'est une dermatose de cause externe, qu'en apparence sa physionomie rapproche de l'urticaire commune ; mais son origine et son évolution l'en écartent complètement.

§ III. — **Coexistence de l'Urticaire avec d'autres syndromes et manifestations.**

En sus de l'urticaire, on peut noter certains syndromes ou manifestations, avec lesquelles cette éruption cutanée affecte des liens plus ou moins étroits. Toutefois, cette coïncidence n'est pas obligatoirement constatée.

1° Souvent, en effet, on ne relève aucun trouble digestif apparent : les selles sont et demeurent normales, régulières, bien colorées, sans l'aspect des

excréta hypocholiques ou acholiques, sans odeur particulière. Parfois, au contraire, on constate parallèlement à la dermatose quelques anomalies de fonctionnement gastro-intestinal. La coïncidence rigoureuse dans le temps n'est pas habituelle : il existe plutôt une alternance ou une succession étroite de l'éruption cutanée et des troubles digestifs. Ces derniers consistant dans une diarrhée, en général peu prononcée, n'attirant pas l'attention, et qu'il faut rechercher avec un peu de soin. Certaines mères signalent qu'à l'urticaire succède sans délai une diarrhée modérée ; il s'agit plutôt de selles de consistance liquide, peu colorées et sinon fétides, du moins malodorantes. La relation entre le trouble gastro-intestinal et l'éruption n'est donc pas absolue, mais elle est assez fréquente. Une dépendance plus étroite entre l'urticaire et la diarrhée existe toutefois, dans les cas peu fréquents d'intolérance notoire, constitutionnelle, souvent familiale, vis-à-vis de certains aliments ; tout naturellement, on est, là encore, conduit à citer deux d'entre eux : les œufs et le lait. Au nombre des symptômes cardinaux de l'hypersensibilité à ces deux aliments figure l'urticaire. En général, dès l'ingestion première de l'aliment nocif, les phénomènes d'intolérance se déroulent avec rapidité : éruptions cutanées, troubles digestifs, coliques et diarrhée d'une intensité extrême, à ce point qu'elle en impose pour un syndrome cholériforme. Les éruptions cutanées sont souvent les premières en date : elles surviennent avec une rapidité singulière, succédant, au bout de quelques minutes seulement, à l'ingestion de l'aliment perturbateur.

Nous visons, dans cette description, les cas d'intolérance de moyenne intensité et non la grande intolérance ; au cours de cette dernière, les symptômes d'intoxication sont si accusés, si profonds, que l'éruption cutanée devient un élément indicateur, mais dont l'importance disparaît devant la gravité des autres manifestations.

Il convient, en dernier lieu, de signaler ce fait fréquemment constaté, à savoir : *l'absence de manifestations cutanées au cours des états digestifs communément appelés gastro-entérites, et accompagnés d'hypotrepisie ou d'atrepsie*. On a pu faire cette remarque que dans les services hospitaliers, sur le très grand nombre de nourrissons hospitalisés, il est exceptionnel d'observer, au cours des gastro-entérites, la présence de la dermatose urticarienne. Autant sont fréquents les érythèmes atteignant la région fessière, les membres inférieurs, se propageant même plus loin sur la peau de la région lombaire et du bas-ventre, autant sont rares les éruptions urticariennes dûment caractérisées. C'est un fait sur lequel il est indispensable d'insister et qu'il est difficile d'expliquer, à moins qu'on accepte cette supposition que l'absorption par les voies digestives d'un élément perturbateur étant limitée ou nulle, celui-ci ne puisse, dans les conditions anormales, exercer dans l'organisme une action nocive sur le tégument. C'est d'ailleurs une hypothèse qui sera discutée dans un autre chapitre.

2° Etant données les relations bien connues de certains états hépatiques avec l'urticaire, il est naturel de se demander si l'on peut, au cours des poussées urticariennes ou en dehors d'elles, noter des signes de « dyshépatie ».

Sur ce point, les renseignements fournis par l'exploration directe sont assez pauvres. On ne peut, en effet se baser sur l'hypertrophie hépatique pour conclure de sa présence au fonctionnement incomplet de cet organe. L'augmentation de volume est fréquente dans la première enfance ; sa signification est mal élucidée et l'on ne saurait, de sa constatation, tirer de conclusions fermes. D'ailleurs, il n'est pas certain que si l'hypertrophie hépatique existe au moment où l'on constate le syndrome urticarien, ou si elle lui survit, ipso facto, l'on doive conclure en toute certitude à l'intervention de perturbations hépatiques dans le mécanisme du syndrome. Pour affirmer, il serait nécessaire d'établir par des épreuves la valeur fonctionnelle de l'organe : par exemple, au moyen de la glycosurie phloridzique, alimentaire, etc.; or, pratiquement, il n'est guère possible de se livrer à ces épreuves, l'âge trop tendre des sujets ne le permet pas. Toutefois, lorsqu'il est possible d'exercer sur les petits malades une surveillance prolongée, on constate que certains d'entre eux présentent de l'urticaire pendant un temps assez long : plusieurs mois ou plusieurs années. Or, au cours des mois ou des années durant lesquels surviennent les épisodes éruptifs, de même que ceux-ci ayant complètement et définitivement disparus, on observe des troubles

digestifs : ils sont caractérisés par une température fébrile à 39° et même 40° survenant avec brusquerie, des vomissements bilieux, des selles malodorantes, décolorées, présentant, en un mot, les caractères de l'hypochole ou de l'acholie pigmentaire, avec ou sans diarrhée.

Mais surtout quelques-uns d'entre eux, en petit nombre, sont dans la suite de leur vie atteints d'un syndrome ressortissant à une origine hépatique : les vomissements acétonémiques, ou mieux les vomissements du type cyclique, à évolution paroxystique si particulière, et accompagnés d'acétonurie. La première étape de la maladie a été chez ces sujets représentée par l'urticaire ; la deuxième, caractérisée par des vomissements spéciaux, lui succède et même la remplace.

La dépendance entre ces diverses manifestations : urticaire et troubles digestifs, vomissements cycliques, n'est cependant pas absolument constante. Lorsqu'on fouille dans les antécédents des malades atteints de ces états dyspeptiques, on ne relève pas forcément la dermatose. Plusieurs enfants d'une même famille peuvent présenter des troubles digestifs à évolution semblable, et cependant tous ne sont pas atteints d'urticaire.

3° Plus intéressantes, théoriquement du moins, sont les relations existant entre deux manifestations étroitement liées à l'urticaire : l'eczéma et l'asthme.

Or dans la première enfance, c'est-à-dire au-dessous de 3 ans, ces relations entre l'urticaire et l'eczéma sont

assez lointaines. Les nourrissons qui deviennent eczémateux à partir des premiers mois de la vie et chez qui la dermatose s'atténue vers le douzième et le quinzième mois, ne présentent pas fatalement, à une période ultérieure, de l'urticaire. Inversement, ceux chez qui on note l'existence de cette dernière dermatose, n'ont pas été dans les premiers mois de leur vie, des eczémateux. Il n'existe donc pas un lien étroit entre ces manifestations cutanées.

La règle n'est cependant pas absolue. Certains enfants ont eu pendant la première année de leur vie un eczéma intense localisé ou même généralisé, lorsque vers l'âge de 12 ou 15 mois, l'eczéma ayant disparu, on essaye de faire prendre un œuf, l'usage de cet aliment provoque de l'urticaire.

On peut à l'occasion de l'asthme, faire des remarques à peu près identiques. La relation entre ce syndrome respiratoire et l'urticaire n'est pas aussi intime qu'entre l'asthme et l'eczéma infantile. Nous avons pu cependant relever quelques observations assez probantes.

Certains nourrissons présentent même une succession curieuse et parfois impressionnante de l'asthme et de l'éruption cutanée : dans son livre (1922, p. 285) M. Pesci cite une observation publiée en 1910 par M. Moro et que voici :

Un nourrisson, avec une tendance marquée aux bronchites asthmatiques et aux symptômes habituels de la diarrhée exsudative, vers la fin de la première année de la vie, prit quelques cuillerées d'œuf. Quelques minutes après, subite-

ment, il est gravement malade : dyspnée et asthme très pénibles, cyanose. La mère de l'enfant appelle un médecin, lequel pense à un corps étranger de la trachée, ce qui était récemment survenu chez sa mère.

Quelques mois plus tard, on a voulu recommencer la reprise de l'œuf. Les mêmes symptômes reparurent, avec un important accès d'asthme, et bien vite, on aperçut une urticaire généralisée, à grosses papules ; en même temps que se développaient les phénomènes d'urticaire, cédèrent les phénomènes asthmatiques, qui s'évanouirent quand l'urticaire eut atteint son maximum. Une cutiréaction, avec l'albumine et le jaune d'œuf et l'œuf entier fut négative.

Après deux années, l'enfant tolérait sans troubles l'alimentation par l'œuf.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

I. *Le diagnostic différentiel.* — En principe le diagnostic de l'urticaire est facile. Il est basé sur l'apparition au niveau de la peau, d'éléments enflammés, un peu saillants, à contours sinueux ; au centre existe une portion où l'épiderme est légèrement surélevé par une exsudation liquidienne, séreuse ; s'il s'agit de la variété strophulus, la papule, c'est-à-dire l'élément rouge, inflammatoire, est beaucoup moins étendue ; c'est une vésicule saillante, hémisphérique, à contenu citrin ou sucre d'orge, à parois relativement épaisses, moins fragile que la vésicule varicellique. La dermatose est prurigineuse ; sous les yeux de l'observateur, le nourrisson étant déshabillé, l'élément éruptif peut apparaître sous la seule influence d'un grattage plus ou moins énergique. Cependant il est assez fréquent

de noter des erreurs dans le diagnostic de cette maladie.

Elle est souvent confondue avec la varicelle, et en général, à la première apparition de l'urticaire l'erreur se produit. Pourtant la vésicule varicellique est beaucoup plus saillante : elle fait sur la peau un relief accusé ; elle donne l'impression d'une goutte de sérosité, d'une sorte d'hémisphère à paroi mince. Elle ne tarde pas d'ailleurs à se rompre : elle fait place à un élément au centre déprimé et même ombiliqué.

La papule urticarienne est plus étalée, à contours irréguliers ; la vésicule de strophulus est plus épaisse, moins superficielle, plus profondément enchassée dans le derme. Quand on promène le doigt à la surface, au début, on a une impression de tension ; par la suite on constate une croûte superficielle qui produit au doigt une sensation sèche, d'une consistance cornée. De plus, les localisations ne sont pas identiques, la varicelle se dissémine rapidement et surtout elle atteint d'une façon constante le cuir chevelu, ce que ne réalise point l'urticaire. Celle-ci frappe avec prédilection la plante du pied ; la varicelle y apparaît beaucoup plus rarement. Une inspection un peu minutieuse donne souvent des indications de premier ordre dans ce sens. Enfin, s'il s'agit de varicelle, les éléments sont d'ordinaires d'âges différents et parmi eux, quelques-uns au moins, ont déjà cet aspect ombiliqué caractéristique. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que, lors de la deuxième apparition de l'urticaire, la confusion n'est pas faite, parce que la varicelle ne récidive pas.

On commet parfois des méprises, en confondant l'urticaire avec des piqûres d'insectes, notamment avec des piqûres de moustiques : de fait, des erreurs sont possibles, car précisément, les insectes, sur certaines peaux délicates comme celles des nourrissons, peuvent produire de véritables papules confluentes d'urticaire, et seule l'étiologie, plutôt que l'aspect de l'élément, permet d'établir un diagnostic différentiel. Cependant en pareil cas il est plutôt exceptionnel qu'au centre même de l'élément, on ne puisse noter un petit point rouge, résultant de l'introduction dans le derme de la trompe du moustique : point par lequel a été inoculée la substance irritante. De plus, s'il s'agit de moustiques, seules les parties découvertes sont intéressées. Mais, comme des puces peuvent être également incriminées, ce caractère n'a pas une valeur absolue.

Enfin, une distinction est quelquefois nécessaire avec la gale : cette éventualité se présente assez rarement. Mais chez certains nourrissons, par leurs dispositions linéaires, par leurs localisations dans les sillons interdigitaux, les traces de grattage peuvent prêter au doute. S'il s'agit d'urticaire il est rare que dans une région quelconque n'existe pas une papule ou une vésicule caractéristiques. D'ailleurs une preuve formelle pour ces cas litigieux, est apportée par la recherche de l'acare dans le sillon cutané.

II. *Le diagnostic causal.* — L'existence de l'urticaire étant reconnue, il faut déterminer quelle cause lui a donné naissance. Un interrogatoire minutieux est nécessaire ; nous y avons insisté au chapitre de l'étio-

logie. D'autre part, il peut être utile de pratiquer des cuti ou des intradermo-réactions, pour déceler quel antigène est responsable : elles seront effectuées avec des dilutions de divers aliments, dilutions que l'on trouve dans le commerce, ou que l'on peut composer soi-même. Nous fournirons sur ce point particulier des détails dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Pathogénie.

L'urticaire peut être considérée comme l'expression cutanée d'un trouble intérieur ; c'est suivant une expression déjà ancienne, une affection de cause interne ; dans la terminologie moderne, elle paraît correspondre à une « hypersensibilité », à une « sensibilisation », à une « idiosyncrasie », ou encore suivant le terme général proposé par V. Pirquet, à une « allergie » cutanée. Comment faut-il comprendre son mécanisme ?

On est autorisé à supposer que la peau est sensibilisée, par et pour une substance introduite dans les voies digestives ; celle-ci, partiellement ou en totalité, ne subit pas dans le tractus gastro-intestinal, les transformations physicochimiques habituelles ; elle est incomplètement fixée ou transformée par la cellule hépatique ; par l'intermédiaire ou par l'action directe

du système nerveux autonome, ce trouble dans le transit chimique d'une substance alimentaire, amène une vasodilatation, une exsudation sous dermique, et la formation d'une papule puis d'une vésicule ortiée. Tel est le schéma qui se présente à l'esprit. Il importe d'examiner avec attention les éléments divers du problème.

1° L'hypothèse d'une sensibilisation de la peau a été soutenu par plusieurs auteurs qui ont essayé de la mettre en évidence par les épreuves des tests, dérivés de la cutiréaction, imaginée en 1903 par V. Pirquet avec la tuberculine. Le procédé consiste, à pratiquer sur la peau des scarifications, puis à les recouvrir avec les dilutions plus ou moins étendues de la ou des substances supposées nocives : antigènes, que l'on croit être les facteurs déterminant la sensibilisation, par exemple le lait, les œufs, certaines substances alimentaires. Sur cette question abondent déjà dans la littérature d'intéressants travaux, notamment ceux des médecins américains et anglais. Les recherches dans ce domaine sont déjà nombreuses : on peut principalement citer celles de Ch. Walker, Schloss, Schloss et Worthley, Anderson et Schloss, Blackfan, Hoobler, Schulz et Larson, R. Talbot, Sidlick et Knowles, commencées il y a plusieurs années et qui ne sont point encore terminées. Elles méritent une analyse détaillée.

En recherchant d'une façon systématique, les cuti ou les intradermo-réactions aux aliments employés dans la première enfance, on arrive à des conclusions

d'un certain intérêt. Le premier auteur qui chercha à utiliser ces procédés d'investigation est le médecin américain Schloss (1912). Le malade de Schloss était un garçon de 8 ans, sujet à des lésions marquées d'urticaire causées par l'ingestion d'œuf, d'amande et de farine d'avoine. Tant que ce malade était soumis à un régime alimentaire dont ces substances étaient exclues il ne présentait aucune manifestation d'urticaire. Les réactions cutanées mirent en évidence la cause de l'urticaire. Schloss parvint à immuniser peu à peu cet enfant en le nourrissant avec des doses progressivement croissantes de protéines dérivées de l'œuf.

Ultérieurement la question a été étudiée avec ampleur par plusieurs médecins américains. M. Talbot par exemple attribue aux recherches concernant la sensibilisation cutanée une valeur réelle. Il préfère la cuti à l'intradermo-réaction ; pour lui les renseignements qu'elle fournit sont plus significatifs que l'examen clinique ou les recherches coprologiques. Cet auteur (1916-18) a étudié l'idiosyncrasie au lait de vache et ses relations avec l'anaphylaxie. Il croit que les sujets dont les parents directs ou les collatéraux présentent ou ont présenté des manifestations morbides telles que : asthme, rhume des foins, urticaire, etc., possèdent eux-mêmes une prédisposition héréditaire à être sensibilisés. Il montre que chez un certain nombre de nourrissons, les protéines étrangères traversent la muqueuse intestinale lésée, sans qu'on puisse établir exactement dans quelle condition se produit cette perméabilité exagérée : alors est créée une ana-

phylaxie, qui peut être mise en évidence, au moins dans quelques cas, par une cutiréaction spécifique. Les manifestations de cette hypersensibilité sont de deux ordres : la grande anaphylaxie et l'anaphylaxie mineure. L'urticaire est fréquemment traitée parmi les symptômes traducteurs de cette hypersensibilité. M. Talbot pense que le meilleur moyen de traiter ces désordres est de donner le lait d'une autre espèce animal, d'opérer la substitution de lait de chèvre au lait de vache employé ordinairement.

Cet auteur a pratiqué systématiquement des cutiréactions avec divers antigènes. Il obtint des résultats positifs à l'ovalbumine sur des nourrissons qui antérieurement n'ont mangé ni blanc ni jaune d'œuf : ce qui fait supposer que les parents leur ont transmis, par voie héréditaire, cette prédisposition.

Un autre médecin américain, Hoobler (1916) a étudié, avec beaucoup de minutie, la sensibilisation cutanée qui peut survenir chez l'enfant sous l'influence des protéines alimentaires. Il montre que cette sensibilisation se produit lentement, progressivement ; elle s'annonce d'abord par des érythèmes simples, fugaces. Des symptômes digestifs peu accusés, qu'il faut chercher, accompagnent cette première période, dite de présensibilisation : vomissements, diarrhée modérée. On observe également des manifestations respiratoires : troubles nasopharyngés, éternûments, enchifrènement avec état turgescent de la muqueuse, toux, gêne respiratoire. Puis au bout d'un temps plus ou moins long apparaît la dermatose caractérisée : rash miliaire, eczéma, urticaire. Pour établir même précoc-

cement l'existence de la sensibilisation, différentes épreuves peuvent servir : cutiréactions, précipito-réactions, recherche de l'anaphylaxie expérimentale. M. Hoobler croit que la perméabilité du tube digestif aux protéines étrangères non transformées, est, chez le nourrisson, un fait pleinement démontré, conformément aux recherches de quelques auteurs allemands (en particulier Ganghofer et Langer) ; c'est pour lui, l'absorption de cette protéine non altérée, qui entraîne l'apparition et le développement progressif des manifestations cutanées, respiratoires et même digestives. Cette étude est intéressante, car elle met dès ce moment en relief, en l'appliquant à la médecine infantile, l'importante notion d'une anaphylavie d'origine digestive, caractérisée par des manifestations diverses, notamment au niveau de la peau.

MM. Sidlick et Knowles (1922) ont effectué les recherches des tests de sensibilisation protéiniques, chez les enfants atteints d'eczéma ou d'urticaire papuleuse. Ils pensent que ces tests de sensibilisation protéinique, ont une valeur considérable, pour mettre en évidence le facteur étiologique d'un nombre important de ces deux maladies.

D'une façon générale et dans quelque sens qu'elles témoignent, ces recherches sont intéressantes. Toutefois on peut à leur sujet faire quelques réserves : elles demandent souvent de la part du clinicien une certaine persévérance pour mettre sûrement en relief la nature exacte de l'agent causal : ce qui n'est pas toujours facile à obtenir. Elles ne donnent pas forcément un résultat positif. Si même elles le fournissent, elles

doivent être seulement considérées comme servant de témoins et ne nous éclairent que d'une façon incomplète sur le mécanisme de la sensibilisation. Elles montrent en effet que la peau est sensibilisée, qu'il existe une allergie, une hypersensibilité, une anaphylaxie cutanée, mais elles ne nous indiquent pas quel mécanisme préside à cette modification cutanée.

En outre, la valeur même du procédé de recherche est contestée par quelques auteurs.

Les travaux de MM. Salès et Verdier, exécutés sous la direction de M. Marfan, montrent que la cuti ou l'intradermo-réaction, provoquées l'une et l'autre par l'inoculation épidermique ou dermique du lait, constituent un procédé peu sûr, infidèle, sur la valeur duquel il n'y a pas lieu de fonder, au point de vue clinique, des espoirs bien solides.

2° Pour une série de manifestations morbides rattachées à l'anaphylaxie, on s'est demandé si le trouble fondamental ne doit pas être cherché dans une méiopragie, une dysergie hépatique, une sorte d'hépatisme latent ou patent, une déviation dans un sens pathologique de la fonction protéopexique. C'est pourquoi il a semblé utile à quelques auteurs de rechercher par des tests biologiques, la preuve de cette perturbation. La question a été discutée depuis le moment où l'attention des pathologistes a été attirée vers les relations des troubles digestifs avec la dyshépatie.

Pour mettre en évidence cette dernière on ne peut songer à utiliser la glycosurie phloridzique, car il est bien certain que chez le nourrisson, la récolte systé-

matique des urines ne saurait être réalisée. C'est pourquoi l'attention des chercheurs a été retenue par l'épreuve à laquelle M. Widai a donné le nom de crise hémoclasique ou plus spécialement dans le cas de dysergie hépatique, d'hémoclasie digestive. On sait que pour lui le résultat positif de cette dernière témoigne dans le sens d'une insuffisance protéo-pexique de la cellule hépatique et que, par la recherche du nombre de leucocytes après l'absorption d'un aliment, en particulier du lait, on peut mettre en évidence cette méiopragie. Donc, dans le cas d'une dermatose rattachée à l'anaphylaxie, il eut été intéressant de posséder un moyen susceptible de faire apparaître cette insuffisance cellulaire. Mais, des recherches nombreuses entreprises à ce sujet, il ressort indubitablement que l'épreuve de l'hémoclasie digestive, ne peut donner chez le nourrisson des renseignements utilisables : car dans cette période de la vie, à l'état physiologique le nombre de leucocytes subit des variations continues, accentuées, assez déconcertantes. On n'est donc pas autorisé à asseoir sur des bases pareillement mouvantes des conclusions fermes. De multiples recherches ont été exécutées dans ce sens : en France, celles de MM. Lesné et Langle, Darlencord ; en Allemagne, Schiff et Stransky. Au surplus, toutes ont été très complètement analysées et critiquées dans un travail d'ensemble, publié en 1923 par M. Pincherlé, assistant à Bologne, du Professeur Francioni. Il serait trop long de citer en détails les faits relatés dans cette substantielle étude. L'auteur expose complètement les données du problème, et montre les caractéristiques

physiologiques propres au premier âge. Une assimilation rigoureuse ne peut être tentée entre le nourrisson et l'adulte. C'est pourquoi la recherche méthodique de l'hémoclasie digestive ne peut servir à éclairer la nature intime de certaines dermatoses.

3° Indubitablement, l'éruption urticarienne résulte de modifications locales, survenues, soit dans la circulation, soit dans la composition même du sang qui irrigue l'hypoderme et le derme. A propos du changement dans la « crase » sanguine, M. Auguste Lumière a émis une hypothèse intéressante. D'après lui, à la faveur de certains troubles digestifs, les colloïdes du sang subissent une transformation qui amène vite leur flocculation ; et les particules ainsi agglutinées s'arrêteront dans les capillaires cutanés, et ainsi par vasodilatation, détermineront des éruptions : au nombre de celles-ci précisément compte l'urticaire. A la base de cette dermatose doivent être placées les flocculations se produisant sous l'influence de troubles digestifs ou d'une sensibilisation originelle, native du sujet. Cette théorie est d'ailleurs développée en détails dans les livres que M. Lumière a publié dans ces dernières années (1921, 22, 23).

4° Dans le mécanisme de l'urticaire, il est permis d'invoquer l'intervention du système nerveux de nutrition, comme disait Bichat. Diverses considérations cliniques, surtout au cours des urticaires produites par un aliment déterminé, font penser que dans les manifestations externes de l'urticaire, le système nerveux

joue un rôle prépondérant. Mais le désaccord ou l'incertitude commencent lorsqu'il s'agit de préciser à quelle partie du système organo-végétatif doit être dévolue ce rôle. Certains auteurs l'attribuent au sympathique, d'autres au pneumogostrique.

En ce qui concerne l'adulte, dans ses recherches récemment publiées (1923), M. Marcel Laurent conclut que certaines formes de l'urticaire, notamment l'urticaire sérique, sont caractérisées par des signes de sympathicotomie exactement contemporaines de l'éruption elle-même. D'ailleurs d'après lui, dans le cours de l'imprégnation de l'organisme par le sérum, des fluctuations se produisent. A l'hypervagotonie fait place la sympathicotomie. L'équilibre vagosympathique est troublé.

Des conclusions fermes ne sauraient être émises. A l'heure actuelle on tend à admettre, que la majeure partie des maladies, présentent un mélange de symptômes vagotoniques et de manifestations sympathicotoniques. Le plus souvent existe chez eux cet état appelé par V. Bergmann et Schmidt : débilité irritable du système végétatif : cet état amenant des manifestations variables contraires et même antagonistes, suivant que les fibres de l'un des deux systèmes sont excitées ou inhibées par une cause quelconque : il s'agit donc plutôt de variations de l'équilibre vagosympathique et non d'une formule propre à un état ou à un sujet déterminé.

De plus, actuellement, beaucoup d'auteurs refusent à certaines substances la valeur de tests qui leur a été accordée. C'est à cette conclusion négative que, for-

mellement dans leurs intéressantes recherches, arrivent MM. Pasteur-Vallery Radot, J. Hagenau et A. Dolfus. Enfin, la conception même de la sympathicotonie ou de la vagotonie, a été examinée avec une grande hauteur de vue et jugée avec de sévères critiques, par le Professeur Bard : le cadre de cette étude ne permet pas d'aborder ce sujet même sous une forme succincte. Nous nous contenterons de dire que l'origine seulement vaguale ou seulement sympathique de l'urticaire n'est pas tranchée.

5° En schématisant les données fournies par les expérimentations et la clinique, on peut avec les réserves nécessaires, formuler les hypothèses suivantes :

L'urticaire de la première enfance n'est pas une dermatose permanente, restant constamment, ou à peu près, semblable à elle-même, comme l'eczéma du nourrisson par exemple. L'urticaire procède par manifestations apparaissant suivant un rythme défini ; elle évolue pendant un nombre à peu près égal de jours, de semaines ; ou parfois elle survient sans qu'aucun signe ou trouble puissent à coup sûr la faire prévoir. Elle a une allure paroxystique, explosive, elle se montre avec des caractères objectifs toujours identiques à eux-mêmes, à la façon des exanthèmes de cause interne et disparaît sans laisser aucune trace.

Sauf quelques exceptions, elle ne fait pas partie du complexe morbide caractérisé par des vomissements accusés et une diarrhée abondante. Au contraire *elle n'est accompagnée que de manifestations digestives atténuées, ne s'imposant pas à l'esprit de l'observa-*

teur, et qu'il faut plutôt chercher avec attention pour les découvrir.

Elle semble provenir d'un trouble plus ténu et en même temps plus profond de l'acte digestif. Le processus qui lui donne naissance doit siéger, non pas dans le tractus gastro-intestinal, mais dans un parenchyme dont les fonctions cellulaires sont spécialisées. Au cours des gastro-entérites observées chez les nourrissons la dermatose manque ; il en est de même dans les affections gastriques. Il semble donc qu'un élément particulier soit nécessaire pour engendrer l'urticaire.

Vraisemblablement l'irritation cutanée est engendrée par une substance provoquant, soit par voie vasculaire, soit par voie nerveuse, une congestion du derme accompagnée d'exsudation, de sérosité : toutes conditions égales d'ailleurs, il en est de l'urticaire habituelle comme de l'urticaire sérique, causée par l'introduction dans l'économie humaine, par quelque voie que ce soit, d'une protéine étrangère. Parfois la cause est strictement, rigoureusement spécifique, par exemple dans les cas d'urticaire alimentaire, celle qui est due aux œufs ou au lait. Dans d'autres cas la cause est indifférente, aspécifique : c'est sans doute parce que la digestion n'est pas complète et parce que le processus de dégradation des aliments n'est pas poussé très loin. L'organe principalement intéressé dans l'urticaire, doit être le foie. Pour des raisons diverses et nullement identiques, son pouvoir protéopexique est diminué : il en résulte une perturbation dans le métabolisme azoté et par périodes, sous la forme de crises, la dermatose survient.

Ce ne sont là que des hypothèses suggérées par l'observation sans qu'on puisse affirmer qu'elles sont vraiment fondées. L'observation journalière, suivie durant un temps long, pendant plusieurs années parfois, montre le lien étroit entre la dermatose et la dysergie hépatique. Mais nous ne possédons pas encore de méthodes sûres pour pratiquer l'exploration de la fonction hépatique ; et somme toute le mécanisme de l'urticaire infantile nous est encore inconnu.

Il est probable au surplus que le système nerveux végétatif, originellement ou secondairement rendu plus vulnérable, doit jouer un rôle dans le déterminisme de l'urticaire. Il n'est pas interdit de penser que mal élaborée par la cellule hépatique ou insuffisamment fixée par elle, la molécule de protéine étrangère exerce sur le système nerveux une influence perturbatrice. Mais sur ce point encore nous ne pouvons formuler que des hypothèses lointaines.

CHAPITRE VI

Traitement.

La médication à diriger contre l'urticaire a été envisagée depuis longtemps déjà. Les conceptions régnantes ont influé sur les principes directeurs de cette médication. Mais jusqu'ici les progrès réalisés ont été fort modestes, car la thérapeutique externe ou interne employée était uniquement symptomatique ; dans ces dernières années on a pu réaliser certains progrès par l'adoption de pratiques ou de moyens qui, théoriquement du moins, s'adressent à la cause ou aux causes mêmes de l'urticaire.

I. *Les médications symptomatiques.* — Les unes sont administrées par voie externe, d'autres sont ingérées.

Les premières sont banales. Elles visent à obtenir le calme, à atténuer les démangeaisons souvent désa-

gréables, quelquefois insupportables, surtout pendant le sommeil nocturne. Le prurit est dans l'urticaire, comme dans les autres dermatoses, exaspéré par la chaleur du lit : l'agitation de l'enfant est souvent très accentuée. On use en pareil cas de médicaments susceptibles d'atténuer l'irritation des nerfs cutanés. Mais le but est difficilement atteint, les résultats sont médiocres. On emploie à cet effet les lotions alcoolisées, les vinaigres aromatiques, les anesthésiques ou analgésiques locaux (antipyrine, menthol, naphthol, chloral), les vaso-constricteurs, comme la quinine : ou encore on emploie une poudre dérivant d'une aristolochiée : le guaco.

La médication interne repose sur différents principes. On a employé les antiseptiques intestinaux en partant de cette idée que l'urticaire infantile est causée par des fermentations intestinales contre lesquelles on peut agir par une désinfection interne. On a donné des vaso-constricteurs : la quinine, employée en dermatologie pour obtenir une action calmante sur les prurits et sur les érythèmes, à quelque variétés qu'ils ressortissent.

A la faveur de certaines recherches concernant la leucocytose, quelques auteurs ont préconisé l'emploi du nucléinate de soude pour augmenter la proportion de globules blancs dans le sang circulant. C'est en s'appuyant sur ces propriétés que le Professeur E. Weill, de Lyon, a fait usage de nucléinate de soude, soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées, dans le traitement de certaines urticaires chroniques, celles qu'on observe dans la deuxième enfance : ses

observations concernent des urticaires qui surviennent en dehors de toute cause alimentaire ou digestive : ce sont des urticaires par auto-intoxication, généralement très rebelles et dont le caractère principal est d'apparaître sous la forme de poussées presque quotidiennes, pendant plusieurs années. L'emploi du nucléinate de soude a produit souvent en pareil cas des résultats remarquables. On peut l'utiliser soit par l'estomac, soit par des piqûres sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par jour, dans les urticaires de la première enfance. Son mode d'action est d'ailleurs mal élucidé.

Il faut encore signaler l'emploi du chlorure de calcium comme on a coutume d'en user dans les exanthèmes sériques (Arnold Netter), du lactate de chaux, de l'hyposulfite de soude.

II. *Les moyens diététiques.* — Ils ont une importance très grande dans la cure à entreprendre pour atténuer ou supprimer l'urticaire du premier âge. Dans la variété causée par l'intolérance d'un aliment il convient de supprimer l'usage de celui-ci, de l'administrer sous une forme physiquement ou chimiquement modifiée, pour annuler son influence nocive. Ou encore il faut progressivement habituer ou réhabituer le sujet, c'est-à-dire pratiquer chez lui la désensibilisation. C'est la base même du traitement dit antiana-phylactique.

La suppression pure et simple de l'aliment nocif est évidemment le procédé le plus radical et en même temps le plus efficace. Mais chez l'enfant, dont la nour-

riture est souvent peu variée, cette suppression entraîne des inconvénients : satiété rapide, difficulté culinaire à préparer des aliments, lorsque par exemple on est conduit à écarter complètement du régime l'usage du lait. L'abstention ne peut en être que momentanée : tôt ou tard la question se pose de savoir si l'on doit ou non reprendre l'usage de l'aliment perturbateur.

On a essayé de l'administrer sous une forme modifiée : par exemple lorsqu'il s'agit du lait on peut employer du lait sec, des laits concentrés, du babeurre, Kéfir, etc. Il paraît indiscutable que, en amenant une réduction de l'eau et surtout une transformation physico-chimique des protéines du lait, la cuisson le rend plus assimilable, moins nocif, et dans certains cas on est autorisé à donner le lait sous ces formes diverses. Mais on n'enregistre pas constamment des succès : il se peut que l'urticaire persiste malgré cette modification dans l'état organo-leptique de l'aliment.

Il faut alors essayer de désensibiliser lentement le sujet en lui donnant des quantités minimales d'abord, puis progressivement croissantes de l'aliment nocif. La question est surtout urgente et d'une solution toujours difficile dans les cas d'intolérance lactée consécutive à une période très aiguë de troubles digestifs : l'impossibilité de réalimenter devenant chaque fois plus grande, les accidents étant même accrus à chaque tentative. Il faut alors employer le procédé des petites doses, la vaccination, type Besredka : pour le lait, le donner en quantités très minimales, par gouttes ou par cuillerées à café. On provoque sans doute ainsi

de petits chocs, qui ont une valeur protectrice indiscutable ; au bout d'un temps plus ou moins long la désensibilisation est réalisée.

III. *Les médications causales.* — Très rationnel est le traitement par les agents qui s'adressent à la cause présumée de l'urticaire. Or la pathogénie de cette dernière est complexe, non univoque, on ne peut employer une seule variété de moyens.

Si l'urticaire est causée par une insuffisance des sucs digestifs, il est rationnel d'employer des médicaments ou des ferments susceptibles d'activer des substances introduites dans le tractus gastro-intestinal : par exemple, suc gastrique artificiel, dont le pouvoir digérant semble bien établi, du moins d'après les expériences de laboratoire.

Si l'on incrimine une « dysergie » hépatique, il en découle que l'on doit administrer un extrait de foie. Mais si théoriquement ces moyens sont indiqués, dans la pratique ils ne donnent que des résultats médiocres ; il est probable que d'une part les digestions obtenues *in vitro* et d'autre part les transformations obtenues par le médicament dans le tractus gastro-intestinal lui-même, ne sont nullement superposables.

IV. *La peptonothérapie préprandiale par voie digestive.* — A quelque étiologie que l'urticaire infantile ressortisse, il n'en est pas moins vrai qu'elle se présente au clinicien avec les allures objectives, évolutives des maladies rattachées à l'anaphylaxie, ou pour employer une expression moins précise, à l'allergie.

Ce que nous avons essayé d'exposer avec les réserves d'usage dans le chapitre relatif à la pathogénie, nous permet de classer cette dermatose dans ce groupe nosologique. C'est pourquoi, au cours de ces dernières années, on a cherché à la traiter par un agent spécial dont le pouvoir protecteur dans les manifestations anaphylactiques, semble avoir été bien établi par les recherches contemporaines : la peptone. Le mérite de cette application revient à MM. Pagniez et Pasteur Vallery Radot (1916) qui l'ont employée dans un cas d'urticaire géante. Leur idée directrice a été celle-ci : ils introduisent dans l'économie humaine, par voie stomacale, des peptones (produits albuminoïdes déjà disloqués) ; ceux-ci, théoriquement, doivent jouer vis-à-vis des manifestations digestives, le même rôle curateur que celui d'une dose minime de sérum prémunisant contre les accidents d'anaphylaxie sérique.

Les résultats cliniques ont pleinement répondu à leur attente. Le malade a été grandement amélioré par cette méthode simple et rationnelle. Celle-ci a été ultérieurement appliquée au traitement de certaines urticaires de la deuxième enfance par M. Joltrain (1919) qui a obtenu par ce moyen des succès incontestables ; de la migraine, par M. Nast, qui a publié sur ce sujet une thèse riche en documents de toute sorte.

L'emploi de la peptone est très rationnel dans les urticaires de la première enfance. Il demeure entendu qu'il ne s'agit pas de la peptonothérapie par la voie intraveineuse ou même par la voie sous-cutanée, car ces deux méthodes sont d'un emploi peu facile dans

le premier âge. D'autre part il semble bien que pour ces cas d'urticaire d'origine digestive, la peptonothérapie préprandiale par voie gastrique, ait physiologiquement une base plus solide que si le médicament pénètre par voie « parentérale ». On peut supposer que l'introduction de la substance avant les repas, produit une digestion préalable ; ou qu'elle active les sécrétions stomacales, pancréatiques ou intestinales, ou encore qu'elle provoque un choc restant silencieux, qui possède vis-à-vis de chocs plus importants extériorisés, un pouvoir protecteur.

Quoi qu'il en soit, les résultats cliniques sont souvent très satisfaisants. Le principe est de donner la médication une heure avant les repas : ce qui n'est pas toujours facile à obtenir avec la ponctualité suffisante. D'autre part il est indispensable de l'administrer sous une forme liquide, en solution glycinée par exemple, puisque l'usage de cachets ou de granules est totalement interdit à cet âge de la vie.

C'est, guidés par ces principes que nous avons appliqué la médication peptonique à l'urticaire de la première enfance. Nous l'avons administrée en général à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, une heure avant les repas quels qu'ils soient. Il nous a semblé en effet qu'il faut une dose minima de 0 gr. 25 dissoute dans une cuillerée à café de soluté. De la glycérine, non toxique, est ajoutée pour permettre une conservation plus longue. Car on sait que les peptones sont très altérables et fermentescibles : la potion ou la solution doivent être renouvelées fréquemment tous les cinq

ou six jours, surtout en été ; de toutes façons, conservées dans un endroit frais. En y ajoutant un sirop on obtient une préparation dont le goût n'est pas désagréable et que les enfants en général acceptent facilement. Il convient cependant d'être averti que certains d'entre eux supportent mal cette médication ; elle provoque chez eux un état nauséeux qui, même à des essais réitérés, ne peut être surmonté : on est alors dans l'obligation de cesser la médication. Elle peut également — le fait est indiscutable — provoquer des troubles intestinaux, une diarrhée, qui apparaissent avec la médication elle-même et qui disparaissent dès qu'on l'a supprimée. Mais ce sont des faits plutôt exceptionnels et en général la peptonothérapie est bien supportée.

A l'origine le principe de cette méthode est ; qu'elle a une action aspécifique, c'est-à-dire que la peptone agit comme substance indifférente, protectrice à l'égard d'antigènes divers, connus ou ignorés. La désanaphylaxie est obtenue « à l'aveugle ». Mais nous avons envisagé le problème sous un autre angle et nous nous sommes demandés s'il ne serait pas possible d'utiliser, vis-à-vis des intolérances électives, la peptone tirée de l'aliment perturbateur, c'est-à-dire la peptone de caséine, la peptone de blanc, de jaune d'œuf et même les peptones de substances diverses : poisson, farine, etc. Il s'agit alors de peptonothérapie spécifique. M. A. Lumière signale très justement cette nécessité d'administrer dans certains cas une peptone spéciale « si la peptonothérapie préprandiale ne réus-

sit pas toujours, c'est dit-il, qu'il y a plusieurs formes de peptones et comme la sensibilisation est spécifique, seule, la peptone qui aura déterminé l'anaphylaxie, pourra conduire à la désensibilisation ». (1)

L'obtention de ces peptones est un peu longue et difficile. Si l'on peut se procurer aisément des peptones de viande, obtenues après action de la trypsine sur la fibrine musculaire, par contre on n'arrive pas encore pratiquement, à préparer des peptones issues des albumines du lait, autres que la caséine : lactoglobuline et lactalbumine. Il serait cependant à souhaiter qu'on y parvint : car d'après les données expérimentales, la caséine n'a qu'un pouvoir anaphylactogène limité : sont surtout susceptibles de produire la sensibilisation, les autres matières protéiques du lait (lactoglobuline et lactalbumine). Quoi qu'il en soit les résultats auxquels nous sommes arrivés par administration des peptones indifférentes ou spécifiques, méritent croyons-nous, d'être pris en considération. La médication par la peptone de viande, qu'on pourrait dénommer zymo ou fibrino-peptonothérapie, est indiquée dans les cas d'urticaire procédant par poussées intermittentes, survenant dans le premier âge avec une allure atténuée : lorsque, en un mot, sans beaucoup de troubles digestifs, la diarrhée étant modérée ou nulle, on peut incriminer une dysergie de cause hépatique. C'est le groupe de cas le plus communément observés, appartenant à la pratique courante.

(1) Lumière (Aug.). *Théorie colloïdale de la Biologie et de la Pathologie*, p. 151. Un volume de 203 pages, chez l'Editeur Chiron, Paris, 1922.

La solution de peptone « indifférente » administrée une heure avant les repas, à toutes conditions égales d'ailleurs, a la même action dans l'urticaire que dans certaines formes de migraine. Elle fournit surtout des succès éclatants dans les urticaires presque permanentes, tenaces, pénibles, apparaissant chez le nourrisson dès les premiers mois de la vie. Elle doit être administrée en permanence pendant plusieurs semaines. Il faut la considérer comme une médication préventive, protectrice vis-à-vis des poussées d'urticaire qu'elle doit dans un délai de quelques jours, raréfier, puis supprimer.

La peptone obtenue en partant de la caséine du lait de vache (lactopeptonothérapie) est indiquée dans les cas d'intolérance lactée, qu'elle soit primitive, originelle ou secondaire à des troubles digestifs aigus laissant à leur suite une hypersensibilité. Elle réussit mieux dans la première variété que dans la deuxième; elle amène une amélioration parallèle des troubles digestifs (vomissements, diarrhée) et de l'éruption urticarienne. On est donc autorisé à l'employer quand on se trouve en présence de faits authentiques d'intolérance vis-à-vis du lait.

La solution de peptone de blanc et de jaune d'œuf (ovo-peptonothérapie) mélangée ou donnée séparément est également indiquée dans les cas si fréquents, si répandus, d'intolérance aux œufs, intolérance se manifestant dès la ou les premières ingestions d'œufs, par de l'urticaire localisée ou généralisée, selles fétides ou de la fièvre. Son administration amène souvent des résultats bien appréciables et, grâce à cet artifice

d'une protection préprandiale, permet la réalimentation par les œufs.

L'avenir renseignera sur la valeur de la méthode : nous croyons cependant d'ores et déjà, pouvoir dire que la médication par les peptones indifférentes ou spécifiques « médication causale », peut être considérée comme un moyen efficace d'atténuer puis de faire disparaître les urticaires de la première enfance.



Conclusions.

I. — L'urticaire commune de la première enfance, est une affection souvent observée, cependant moins fréquente dans les services hospitaliers que dans la clientèle privée.

L'observation prolongée de certains nourrissons ou enfants qui en sont atteints, montre qu'elle procède par crises, d'une fréquence et d'une intensité variables. On peut distinguer deux grandes variétés : l'une reconnaît une cause proprement spécifique, alimentaire ; l'autre une cause non spécifique, digestive.

II. — L'une et l'autre vraisemblablement dépendent d'un fonctionnement imparfait de la cellule hépatique : « dysergie » suivant l'expression heureuse proposée par M. Marfan. Mais les méthodes actuelles d'investigation ne permettent pas encore de déterminer exactement leur pathogénie.

Nosographiquement, il est permis de comprendre l'urticaire commune de la première enfance, dans le groupe des maladies caractérisées par une « hypersensibilité », une « sensibilisation », une « allergie » et présentement rattachées à l'anaphylaxie.

III. — Ces notions encore incomplètes conduisent cependant à adopter des méthodes thérapeutiques rationnelles. Elles visent à stimuler le fonctionnement de la cellule hépatique et à désensibiliser le sujet. Parmi les procédés préconisés à l'heure actuelle, la peptonothérapie préprandiale spécifique ou indifférente, administrée par voie gastrique, permet souvent d'obtenir des résultats utilisables dans la pratique courante.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
MOURIQUAND

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 2 Avril 1924.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- ALIBERT. — Cnidosi, p. 74 in *Monographie des dermatoses*, 1832.
- ANDERSON (A.) et SCHLOSS (O.-M.). — Allergy to cow's milk in infants with Nutritionel Disorders. In *Amer. Journ. of Diseases of Children*, nov. 1923, p. 451.
- BARBIER (H.). — Anaphylaxie pour le lait de vache chez le nourrisson. In *Arch. de Méd. des enfants*, 1910, p. 499.
- BARD (L.). — Physiologie générale, normale et pathologique des dispositifs récepteurs périphériques et des voies centripètes du sympathique. In *Annales de Médecine*, juin 1922, t. XI, n° 6.
- BATEMAN. — Strophulus, p. 25 ; Lichen urticatus, p. 40 ; urticaria, p. 127. In *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 1820.
- BAZIN. — Lichen, p. 297, t. I ; urticaire, p. 26, t. II ; prurigo, p. 140, t. II. In *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, t. I et t. II, 1865.
- BLOCH (Br.). — A propos de la nature de l'eczéma. In *Paris Médical*, 17 mars 1923.
- BUCHÉ (A.). — Contribution à l'étude de l'arthritisme chez l'enfant. *Thèse de Lyon*, 1922.

- COMBY (J.). — Urticaire, strophulus. In *Traité des Maladies de l'enfance*, 1 vol. de 1080 p., chez l'éditeur Vigot, Paris, 1920, p. 952.
- CORDIER (V.). — Anaphylaxie alimentaire et crises d'asthme. In *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1919, p. 287.
- CORDIER (V.). — L'anaphylaxie alimentaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1920.
- DARIER (J.). — Strophulus; urticaire. In *Précis de dermatologie*, chez l'éditeur Masson, Paris, 1918.
- DARIER (J.) et FLANDIN (Ch.). — La prédisposition dans les dermatoses, p. 92. In *Bulletin Médical*, 24-27 janvier 1923.
- FEER (E.). — Konstitution und Diathesen, p. 294. In *Diagnostic der Kinderkrankheiten*, II Auflage, 1 vol. de 306 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1922.
- FEER (E.). — Papeln und papulöse Hautkrankheiten, p. 59. In *Diagnostic der Kinderkrankheiten*, II Auflage, 1 vol. de 306 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1922.
- FEER (E.). — Die exsudative (lymphatische) Diathese, p. 296. In *Diagnostic der Kinderkrankheiten*, II Auflage, 1 vol. de 306 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1922.
- FEER (E.). — Urticaria, p. 52. In *Diagnostic der Kinderkrankheiten*, II Auflage, 1 vol. de 306 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1922.
- GARRELON (L.), SANTENOISE (D.) et TINEL (J.). — Vago-sympathique : anaphylaxie et intoxication. In *Presse Médicale*, 7 avril 1923.
- GUTMANN (René-A.). — La part des troubles végétatifs dans les maladies du tube digestif, p. 70. In *Hôpital*, février (A) 1924.

- HALLEZ (G.-L.). — Le prurigo strophulus des jeunes enfants, In *Progrès Médical*, 22 juillet 1922.
- HARDY (A.). — Strophulus, p. 293 ; Urticaria, p. 605. In *Maladie de la peau*, chez l'éditeur Baillière, Paris 1886.
- HOOBLER (B.-R.). — Some Early symptoms suggesting protein sensitization in infancy. In *The American Journ. of Diseases of Children*, august. 1916, vol. XII, pp. 129-135.
- HUTINEL (V.). — Prurigo simplex ; urticaire, p. 707. In *Maladies des Enfants*, t. IV, 1909.
- JOLTRAIN (E.). — Quelques cas d'urticaire traités par anti-anaphylaxie, p. 481. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 juin 1919, p. 556. In *Archives de Médecine des Enfants*, septembre 1919, p. 481.
- LANGLE. — Epreuve de l'hémoclasie digestive chez l'enfant. In *Nourrisson*, mai 1922.
- LAURENT (M.). — Variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes, 1 vol. de 55 p. chez l'éditeur Arnette. *Thèse de Paris*, 1923.
- LERMOYER (J.) et ALAJOUANINE (Th.). — Urticaire et hémiplegie : rôle du système nerveux végétatif dans la localisation de certaines manifestations cliniques du choc. In *Presse Médicale*, 21 février 1923.
- LESNÉ (E.). — Traitement par le babeurre de certaines toxi-dermites de l'enfance (strophulus et eczéma). In *Archives de Médecine des enfants*, janvier 1906, p. 1.
- LESNÉ (E.). — Anaphylaxie alimentaire chez l'enfant, p. 274. In *Clinique*, 1^{er} mai 1914.
- LESNÉ (E.) et BINET (L.). — Anaphylaxie, p. 286. In *Physiologie normale et pathologique du nourrisson*, chez l'éditeur Masson, Paris 1921.

- LESNÉ (E.) et RICHET fils (Ch.). — L'anaphylaxie alimentaire chez les enfants, p. 177. In *La Pédiatrie*, 25 décembre 1912.
- LESNÉ (E.) et RICHET fils (Ch.). — Anaphylaxie alimentaire aux œufs, p. 81. In *Archives de Médecine des enfants*, février 1913.
- LE CALVÉ (J.). — Choc hémoclasique et œdème. In *Gazette des Hôpitaux*, 6 et 8 décembre 1921.
- LE SCORNET (Mlle). — Le prurigo strophulus de la première enfance (notes recueillies à la consultation de nourrisson de M. Marfan). In *Le Nourrisson*, novembre 1914.
- LINOSSIER (G.). — A propos de l'intoxication gastro-intestinale. Toxémies vraies et toxémies relatives. In *Presse Médicale*, 1900.
- LINOSSIER (G.). — Remarques sur la toxicité des œufs. Compte rendu *Société de Biologie*, 2 décembre 1905.
- LUMIÈRE (Aug.). — Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. Essai de biocolloïdologie, 1 vol. de 311 p., chez l'éditeur Masson, Paris 1921.
- LUMIÈRE (Aug.). — Théorie colloïdale. *La Biologie et la Pathologie*, 1 vol. de 203 p., chez l'éditeur Chiron, Paris 1922.
- LUMIÈRE (Aug.). — *Le problème de l'anaphylaxie*, 1 vol. de 241 p., chez l'éditeur Doin, Paris 1924.
- MARFAN (A.-B.) — L'asthme des nourrissons. In *Presse Médicale*, 17 juillet 1920.
- MARFAN (A.-B.). — Intolérance du jeune enfant pour le lait et pour l'œuf ; ses rapports avec un état d'anaphylaxie, p. 665. In *Les Affections des voies digestives dans la première enfance*, 1 vol. de 702 p., chez l'éditeur Masson, Paris, 1923.

- MARFAN (A.-B.). — L'eczéma des nourrissons : étiologie, pathogénie, traitement. In *Le Nourrisson*, sept. 1923.
- MENSI. — Sistema endocrino e sistema nervoso-vegetativo nell'infanzia (La legge de Hess e Eppinger). In *La Pediatria*, 1 maggio, 1923, p. 466.
- MERKLEN (Pierre). — Urticaire, p. 728 ; strophulus, p. 406. In *Pratique dermatologique* de Ernest Besnier, Brocq (L.) et Jacquet (L.), t. IV, de 934 p., chez l'éditeur Masson, Paris, 1904.
- MISASI (M.) et AIELLO (G.). — Osservazioni sulla « crisi emoclasica di Widal », nella patologia infantile. In *Pediatria*, 1 maggio, 1922, p. 408.
- MORO (E.). — Urticaria, p. 703. In *Lehrbuch der Kinderheilkunde von Feer* (E.), 1 vol de 734 p., chez l'éditeur Fischer, Iéna, 1911.
- MORO (I.). — Strophulus, p. 705. In *Lehrbuch der Kinderheilkunde von Feer* (E.), 1 vol. de 734 p., chez l'éditeur Fischer, Iéna, 1911.
- NAST (A.). — *La migraine (la peptonothérapie prépandiale)*, 1 vol. de 110 p., chez l'éditeur Grès, Paris.
- PAGNIEZ (Ph.). — L'anaphylaxie alimentaire et les conséquences diététiques, p. 146. In *Problèmes actuels de Diététique*, 1 vol. de 184 p., chez l'éditeur Baillièrre, Paris, 1923.
- PAGNIEZ (Ph.) et PASTEUR VALLERY-RADOT. — Etude physico-pathologique et thérapeutique d'un cas d'urticaire géante, anaphylaxie et anti-anaphylaxie alimentaires. In *Presse Médicale*, 23 novembre 1916.
- PAGNIEZ (Ph.) et PASTEUR VALLERY-RADOT. — Anti-anaphylaxie digestive. Traitement de certaines urticaires et dermatoses, p. 436. In *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1920, n° 10.

- PAGNIEZ, PASTEUR VALLERY-RADOT et HAGUENAU (J.). — Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine ; étude clinique et biologique. In *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 14 juillet 1921.
- PASTEUR VALLERY-RADOT, HAGUENAU (J.) et DOLLFUS (M.-A.). — Les testes pharmaco-dynamiques du tonus vago-sympathique et les états anaphylactiques. In *Presse Médicale*, 19 décembre 1923.
- PASSOT (J.). — Du rôle de l'infection dans la production de certaines formes d'anaphylaxie alimentaire chez le nourrisson. *Thèse de Lyon*, 1919.
- PÉHU (M.). — Anaphylaxie et anti-anaphylaxie en médecine infantile, p. 357. In *Paris Médical*, 5 nov. 1921.
- PÉHU (M.). — *L'anti-anaphylaxie*. (Rapport Association des médecins de langue française, XV^e Congrès français de médecine. Strasbourg, 3-5 octobre 1921.)
- PÉHU (M.) et BERTOYE. — Sur l'anaphylaxie lactée, p. 1. In *Lait*, 1921, n^o 7 et 8.
- PENTAGNA (O.). — Ascaridose et urticaire, p. 249. In *Archives de Médecine des Enfants*, 1923.
- PESCI (E.). — *Forme anafilattica*, 2^e édition, 1 vol. de 456 p. *pubblicato per cura dell'Istituto siero terapeutico Milanese*, 1922.
- PINCHERLE (M.). — La prova della emoclasia digestiva nello studio della insufficienza epatica. In *Rivista di clinica pediatrica*, août 1923, p. 465.
- PIRQUET (V.). — *Allergie*, 1 vol. de 96 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1910.
- PIRQUET (V.). — Urticaire, p. 31. In *Allergie*, monographie de 96 p., chez l'éditeur Springer, Berlin, 1910.

- POLLITZER. — L'importanza clinica del systema nervoso-vegetativa. In *Rivista di clinica pediatrica* avril 1923, p. 230.
- PULAY. — Zur Pathogenese der Prurigo und des strophulus infantum. In *Mod. Klinik*, n° 39 et 40, sept. et oct. 1921.
- RAPIN (E.). — *Des angioneuroses familiales*, 1 vol. de 195 p., chez l'éditeur Geng, Genève, 1908.
- RAVAUT (P.). — Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. In *Deuxième Congrès de dermatologistes et syphiligraphes*, Strasbourg, juillet 1923.
- Recenti lavori sulla crisi emoclasica (sans nom d'auteur). In *Riforma Medica*, 3 maggio 1922, n° 19, p. 441.
- SANNÉ (A.). — Strophulus, p. 377. In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XII, chez l'éditeur Masson, Paris (sans date).
- SCHLOSS (O.-M.). — A case of allergy to common foods. In *The American Journ. of Diseases of Children*, juin 1912, pp. 341-362.
- SCHLOSS (O.-M.). — Allergy in infants and children. In *The American Journ. of Diseases of Children*, juin 1920.
- SCHREIBER (G.). — L'œdème aigu circonscrit des paupières, manifestation de l'anaphylaxie. In *Archives de Médecine des Enfants*, 1911, p. 280.
- SCHREIBER (G.). — Les diathèses infantiles. In *Archives de Médecine des Enfants*, 1912, p. 433 (Bibliographie).
- SCHULTZ and LARSON (W.-P.). — Anaphylaxis and its relation to some diatheses common to infancy and childhood, p. 1. In *Archives of Pediatrics*, déc. 1918.
- SICILIA. — Gastroenteropatias dermatisantes y dermatosis digestivas. In *Academia medico-quirurgica espanola*, quinta sesion cientifica, 3 déc. 1923. In *Archivos de Medicina, cirugía y especialdades*, 12 janvier 1924, p. 57 (Bibliographie).

- SIDLICK (D.M.) and CROZER KNOLES. — The value of cutaneous sensitization tests employed in eczema and papular urticaria of Childhood. In *The American Journ. of Diseases of Children*, avril 1922, n° 4, p. 316.
- SPILLMANN (L.). — Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. (*Deuxième Congrès des dermatologistes et syphiligraphes*, Strasbourg, 1923.)
- SUNSERI (G.). — Un caso di urticaria pigmentosa. In *La Pediatria*, 15 avril 1923, p. 445.
- TALBOT. — Idiosyncrasy to cow's ; its relation to anaphylaxie. In *The Boston Medical and Surgical Journal*, 21 septembre 1916.
- TALBOT. — The Relation of Food idiosyncrasies to Diseases of childhood. In *The Boston Medical and surgical Journal*, 29 august. 1918.
- VARIOT (G.). — Les urticaires du premier âge. In *Traité pratique des maladies des enfants du premier âge*, chez l'éditeur Doin, Paris, 1921, 1 vol. de 1148 p., p. 776.
- VERDIER (P.). — Du diagnostic de l'anaphylaxie au lait de vache chez les nourrissons. *Thèse de Paris*, 1923 (chez Jouve).
- VEYRIÈRES et JUMON. — L'asthme infantile intriqué de dermatoses prurigineuses. In *Paris Medical*, 29 juillet 1922.
- WALKER (J.-Ch.). — Sensation of eczema, urticaria and angio-neurotic Edema. In *The Journal of the American Medical Association*, 30 march 1918.
- WEILL (E.). — Le traitement de l'urticaire chronique par le nucléinate de soude. In *Arch. des Maladies des Enfants*, juin 1916.
- WEILL (E.). — Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait par l'injection sous cutanée du lait. In *Presse Médicale*, 18 octobre 1919.

WEILL-HALLÉ (B.). — L'anaphylaxie lactée. In *Le Nourrisson*, mars 1914.

WEILL (E.). — Urticaire ; Strophulus, p. 499. In *Précis de Médecine infantile*, t. II, 1919.

WEILL (E.) et GARDÈRE (Ch.). — Intolérance du nourrisson au lait. In *Lait*, juin, novembre et décembre 1922.

WIDAL (F.). — *L'anaphylaxie*. (Rapport au XV^e Congrès français de médecine, Strasbourg, 3-5 octobre 1921.)

WIDAL ABRAMI (P.), BRISSAUD (Et.) et JOLTRAIN (Ed.). — Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire ; la crise hémoclasique initiale. In *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 février 1914.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	7
Chapitre premier. — Historique.	9
Chapitre II. — Etiologie	15
Chapitre III. — Etude clinique	21
§ 1. Exposé d'ensemble	21
§ 2. Les divers syndromes ; les groupements symptomatiques	29
§ 3. Coexistence de l'Urticaire avec d'autres syndromes et manifestations	32
Chapitre IV. — Diagnostic	39
Chapitre V. — Pathogénie	43
Chapitre VI. — Traitement	55
Conclusions.	67
Bibliographie	69
